



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

**EVELYN DE BRITTO DUTRA**

**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO  
DISTRITO FEDERAL EM 2011**

Brasília – DF

2014

**EVELYN DE BRITTO DUTRA**

**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO  
DISTRITO FEDERAL EM 2011**

Trabalho de Conclusão de Curso, conforme  
exigência curricular do curso de Gestão em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Margarita Urdaneta  
Gutierrez.

Brasília – DF

2014

**EVELYN DE BRITTO DUTRA**

**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO  
DISTRITO FEDERAL EM 2011**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília como parte das  
exigências do Curso Gestão em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Margarita Urdaneta  
Gutierrez.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Margarita Urdaneta Gutierrez

---

Prof<sup>a</sup>. Dais Gonçalves Rocha

---

Prof<sup>a</sup>. Francisca Sueli da Silva Lima

Brasília – DF

2014

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por minha vida, família, namorado e amigos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

À professora Margarita Urdaneta, pela orientação, apoio e confiança.

A Universidade de Brasília, pela oportunidade de fazer o curso.

A Secretaria de Estado de Saúde do DF, especialmente ao Núcleo de Estudos e Programa para Acidentes e Violências, Lucy Mary e sua equipe, pela disponibilidade e confiança.

## RESUMO

A violência atinge os direitos humanos das crianças e adolescentes desconsiderando os direitos fundamentais de qualquer pessoa a dignidade, direito à vida, à liberdade, à segurança. Os casos, em grande maioria, permanecem silenciosos e silenciados no ambiente familiar, escolar, entre outros. Este problema está sendo uma preocupação global, ocupando lugares em destaque nos dados sobre morbimortalidade da população. A inovação que permite explorar e dar visibilidade aos casos de violência na morbidade não hospitalar no âmbito dos serviços de saúde é o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA). O propósito deste trabalho é apresentar a descrição da violência contra crianças e adolescentes no DF mediante análises das notificações do VIVA contínuo no ano de 2011. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo tipo série de casos, utilizando os dados gerados da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, que é padronizada nacionalmente. A análise dos dados consistiu da apresentação dos números absolutos e relativos (proporções) segundo as variáveis da ficha. Os casos de violência contra criança e adolescente corresponderam a 53,2% (955) do total de casos notificados (1793). A violência física (43%), sexual (39%), psicológica (26%) e negligência (24%) são as mais predominantes no contexto das violências contra crianças e adolescentes. Porém, quando analisadas por faixa etária as especificidades aparecem e em crianças a negligência (42%) e a violência física (30%) são os tipos mais comuns da violência, ocasionados, na maioria das vezes pela mãe (36%). Nos adolescentes a violência física (54%) e a sexual (45%) são as predominantes e o autor da agressão frequentemente é do âmbito domiciliar (27%). O perfil dos atendimentos às crianças e adolescentes vítimas de violência no DF é semelhante ao perfil dos atendimentos no Brasil. O percentual de campos ignorados ou em branco é alto, a ficha é extensa e com poucos campos obrigatórios. Entre as políticas públicas de enfrentamento na redução da morbimortalidade por violência ressaltam-se as de orientação e melhoria da qualidade das notificações e à implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência nos estados e municípios. O VIVA é um sistema novo em processo de consolidação, que trabalha com um problema de saúde pública complexo e crescente. Ele permite o desenvolvimento de ações de vigilância, de prevenção de violências, de promoção da saúde, da cultura da paz e de proteção às pessoas em situação de violência.

Palavras-chave: Notificação; Crianças; Adolescentes; Violência; Vigilância Epidemiológica.

## **ABSTRACT**

Violence strikes children and adolescent's human rights disregarding fundamental rights for anyone to dignity, life, freedom and security. Most violent cases are kept quiet and voiceless in their own homes and schools. This is a global concern, and highlights in the mortality data of the population. An innovation that allows to explore and give visibility to violence cases of non-hospital morbidity in health service system is the Accident and Violence Surveillance System (VIVA). In this paper we present a description of violence against children and adolescent in the Federal District, by using data of VIVA's notifications in 2011. An epidemiological descriptive analyses of violence case series was undertaken using data generated by the domestic, sexual and other violence notification files, standardized nationally. Data analysis consisted in the presentation of relative (proportion) and absolute numbers according to several characteristics. Violence cases against children and adolescents corresponded to 53,2% (955) of the total notified cases (1793). Physical (43%), sexual (39%), psychological violence (26%) and, negligence (24%) are the most predominant type of violence against children and adolescents. However, when analyzed by age, specificities are detected for children in whom negligence (42%) and physical violence (30%) are the most common kinds of violence, caused, most of the times, by their mothers (36%). In adolescents physical (54%) and sexual (45%) violence predominate and the aggressor is usually someone in the home environment (27%). The profile of the violence cases against children and adolescents in the Federal District is very similar to the national profile. Ignored or blank fields percentage is high; the notification file is extensive with few mandatory items. Among the public policies to face reduction of morbidity by violence, guidance and improvement of notifications quality and the implementation and implantation of prevention of violence team groups in states and county are fundamental. VIVA is a new system in consolidation process, dealing with a complex and increasing public health problem. It allows to plan actions of surveillance, violence prevention, health promotion, peace culture and protection of vulnerable populations to be developed.

**Keywords:** Notification; Children; Teens; Violence; Epidemiological Surveillance.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Modelo ecológico descrevendo os fatores de risco da violência em criança e adolescente	16
Figura 2 - Completude das variáveis da ficha de notificação para os casos de violência em crianças e adolescentes, VIVA - DF, 2011	21

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Caracterização das crianças vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências por sexo - DF, 2011	22
Tabela 2 - Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças, por sexo - DF, 2011	23
Tabela 3 - Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças, por sexo e segundo meio da agressão e características da lesão - DF, 2011	24
Tabela 4 - Caracterização do provável autor da agressão a crianças vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo - DF, 2011	25
Tabela 5 - Evolução e encaminhamento das crianças vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo - DF, 2011	26
Tabela 6 - Caracterização dos adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências por sexo - DF, 2011	27
Tabela 7 - Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra adolescentes, por sexo - DF, 2011	28
Tabela 8 - Caracterização do provável autor da agressão a adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo - DF, 2011	30
Tabela 9 - Evolução e encaminhamento dos adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo - DF, 2011	31



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

MS – Ministério da Saúde

NEPAV – Núcleo de Estudos e Programa para Acidentes e Violências

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PAV - Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violências

PPCAAM - Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte

SES-DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIPIA - Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência

UNB – Universidade de Brasília

VIVA – Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes

## SUMÁRIO

1 Introdução.....	11
2 Marco Teórico Referencial.....	13
2.1 Magnitude do problema.....	13
2.2 Estratégias de prevenção.....	14
2.3 O sistema de vigilância para acidentes e violências.....	17
3 Objetivos.....	19
4 Métodos.....	19
5 Resultados.....	20
5.1 Características da violência em crianças.....	21
5.2 Características da violência em adolescentes.....	26
6 Discussão.....	31
7 Considerações Finais.....	36
8 Referencias.....	39
9 Anexo.....	41

## **Violência contra crianças e adolescentes no Distrito Federal em 2011.**

### **1 Introdução**

A violência expressa um fato social que acompanha toda a história humana. Representa um problema antigo que atinge todas as partes do mundo, todas as camadas sociais, em toda sua diversidade cultural (RICAS; DONOSO; GRESTA, 2006). Entretanto, existem grupos considerados vulneráveis como a criança, a mulher, o adolescente, o idoso por muitas vezes serem vítimas de elementos de ordem biológica, sexo e idade que criam situação de poder e dominação. Segundo a Organização Mundial da Saúde,

Violência consiste no uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (WHO, 2002, p.5).

Os casos, em grande maioria, permanecem silenciosos e silenciados no ambiente familiar, escolar, entre outros. Estima-se que morrem todos os dias no mundo 227 crianças e jovens como resultado da violência e por cada morte muitos mais são hospitalizadas em decorrência dos ferimentos (OMS; OPAS, 2013). As consequências que a violência trás na vida das crianças muitas vezes são irreversíveis e resultam em danos físicos, psicológicos; danos ao crescimento, desenvolvimento e maturação (MASCARENHAS et al., 2010).

Uma vez que as crianças vivenciam situações de violência na infância, elas podem reproduzi-los, concebendo a violência como modo de resolver conflitos, podendo se estender à idade adulta (APOSTÓLICO et al., 2012). Desde modo, criou-se o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, um dispositivo legal com a finalidade de transparecer os casos e quebrar o pacto de silêncio. Além de criar uma estrutura que protege e defende as crianças fortalecendo a proteção integral (BRASIL, 1990).

Todo o contexto que envolve a violência contra crianças e adolescentes é complexo e compreende fatores tanto socioeconômicos quanto histórico-culturais. Ou seja, englobam questões de má distribuição de renda, migração, pobreza, acelerado processo de urbanização, ineficácia das políticas sociais e aspectos de inferioridade como objeto de dominação do adulto (BRASIL, 2009). As causas são multifatoriais, logo, a intervenção requer atuação

interdisciplinar, agregando áreas como da saúde, social, jurídica, psicológica, que seja capaz de oferecer uma assistência integral e resolutiva (APOSTÓLICO et al., 2012).

Ultimamente este problema está sendo uma preocupação global, ocupando lugares em destaque nos dados sobre morbimortalidade da população. Os principais reflexos para o setor saúde desdobram-se em dois aspectos, os elevados custos e uma complexidade do atendimento que a violência demanda. Os profissionais precisam estar sensibilizados à questão. Em geral, eles tendem a não se envolver por

Receio de ofender ao tocar no assunto, pelo pouco tempo do atendimento, pela percepção de que não existem recursos disponíveis para oferecer às vítimas soluções efetivas, acreditar que não faz parte de suas atribuições abordar o assunto e pelo sentimento de impotência diante do problema. (MOURA; REICHENHEIM, 2005, p. 1130).

A violência atinge os direitos humanos das crianças e adolescentes desconsiderando os direitos fundamentais de qualquer pessoa a dignidade, direito à vida, à liberdade, à segurança, entre outros. A Declaração Universal dos Direitos Humanos traz uma menção específica às crianças, “A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especial. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social” (ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, art. 25º § 2º). Além de negligenciar os direitos descritos pela constituição brasileira

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988, art. 227).

A inovação que permite explorar e dar visibilidade aos casos de violência na morbidade não hospitalar no âmbito dos serviços de saúde é o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA). O VIVA nasceu com o objetivo de organizar, integrar e sistematizar as informações oriundas das notificações de violências doméstica, sexual e outras violências, como as autoprovocadas e interpessoais contra criança, adolescente, mulher e pessoa idosa registradas em uma única ficha de notificação. Contudo, somente em 2011, os profissionais de

saúde tiveram a obrigação de notificar os casos sobre violência conforme a lista de notificação compulsória atualizada através da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Destaca-se que os casos envolvendo violência contra crianças e adolescentes já eram de notificação obrigatória e encaminhados para o conselho tutelar conforme estabelecido pelo ECA (BRASIL,1990).

A notificação representa um poderoso instrumento para dimensionar epidemiologicamente o problema, conhecendo não só sua dinâmica como as necessidades de investimentos em núcleos da vigilância e assistência (SALIBA et al., 2007). A análise sistemática dos dados gerados pelo VIVA gera informações relevantes no que diz respeito a frequência de ocorrência e distribuição dos diversos tipos de violência contra crianças e adolescentes, além de informações sobre o tipo de agressor. Sua adequada interpretação permite aos gestores planejar a priorização de ações no enfrentamento a violência no âmbito da saúde e em articulação com outros setores. O propósito deste trabalho é apresentar a descrição da violência contra crianças e adolescentes no DF mediante análises das notificações do VIVA contínuo, instrumento que permite explorar uma nova dimensão da violência, os casos mais ocultos e com potencial de prevenção.

## **2 Marco Teórico Referencial**

### **2.1 Magnitude do problema**

As causas violentas são identificadas, pelo setor saúde, dentro do conjunto de causas externas (capítulo XX do CID-10). As causas externas compreendem grandes grupos como acidentes de transporte, lesões autoprovocadas, afogamentos, agressões, quedas, entre outros. Estes eventos estão muito presentes na vida da população. Se comparadas as causas de morte por ciclos de vida, as causas externas se encontraram em quinto e primeiro lugar nas crianças e adolescentes, respectivamente em 2006. Para esse mesmo ano, verifica-se que a mortalidade por causas externas nas crianças (0 – 9 anos) as agressões corresponderam a 307 óbitos (7,5%) e nos adolescentes (10 – 19 anos) a proporção aumenta com 8042 óbitos (52,9%). (BRASIL, 2008). Ao analisar os dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade, em 2009, os grandes grupos das causas externas permanecem na mesma situação no ranking, os óbitos por agressões contra criança sobe para 318 óbitos (7,8%) e nos adolescentes o número aumenta para 8075 mortes (50,9%), mantendo as agressões como a principal causa de mortalidade por causas externas nos adolescentes.

Sobre os casos de morbidade disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares por lesões decorrentes da violência, foram hospitalizadas no país, em 2006, 2226 crianças por agressões (2,3% do total de internações por causas externas) e nos adolescentes o número aumenta, porém a agressão não ocupa o primeiro lugar das internações hospitalares com 7184 internações (5,9% do total de internações por causas externas). No ano de 2009, as internações por agressão tanto de crianças como de adolescentes caem para 1703 (1,9%) e 5811 (4,7%), respectivamente (Tabulação feita pela autora).

O VIVA representa um importante passo para conhecer as dimensões e circunstâncias da violência em nosso país. Segundo os dados gerados pelo Sistema de Agravos de Notificação (Sinan) foram notificados em 2009, 7,112 (19,4% do total de notificações) casos suspeitos e/ou confirmados de violência doméstica em crianças e 9840 (26,9% do total de notificações) casos em adolescentes. Em 2010, o alcance da vigilância de casos de morbidade não hospitalar se expande para 11,703 (17,7% do total de notificações) em crianças e 16,886 (25,5% do total de notificações) em adolescentes (Tabulação feita pela autora).

## **2.2 Estratégias de prevenção**

O artigo 227 da Constituição Brasileira de 1988 trouxe um aparato legal que visa garantir a proteção da criança pela família, sociedade e Estado. Em 1990, o Brasil adota plenamente o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989, por meio da Lei nº 99.710 e é aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criando os denominados Conselhos Tutelares (para menores) através da Lei nº 8.069. Adiante, outros marcos legais foram sendo criados como o Projeto de Lei nº 8.242 de 1991, que cria o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. A implementação do Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência (SIPIA), em 1998, apoiando o trabalho realizado pelos Conselhos Tutelares e pelos Conselhos dos Direitos da Criança nos níveis municipal, estadual e federal. (REICHENHEIM et al., 2011)

O primeiro passo importante em direção à notificação obrigatória de abuso infantil foi o surgimento da Normativa nº 1.354 de 1999 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Em 2002, o Programa Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes foi criado em resposta às demandas do Plano Nacional de Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes. Um ano depois surgiu o Programa de Proteção a Crianças e

Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM (I) que visa fornecer acomodações para crianças/adolescentes ameaçados, programas sociais voltados para a plena proteção; apoio e assistência legal, psicológica, pedagógica e financeira; e apoio em caso de obrigações civis e administrativas que exijam seu comparecimento. Outra regulamentação que reforça a notificação vem com a Normativa nº 2.406 de 2004 do Ministério da Saúde, estabelecendo o serviço de notificação, formulários de notificação e fluxos de referência. E somente em 2007, o Decreto nº 6.231 oficialmente estabelece o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), iniciado em 2003. O Programa lançou uma agenda social para crianças e adolescentes especialmente voltada para a violência relacionada a óbitos de crianças e jovens. (REICHENHEIM et al., 2011)

Enviado ao Congresso Nacional em 14 de julho de 2010 por ocasião da celebração do 20º aniversário do Estatuto da Criança e do Adolescente, entra em tramitação o Projeto de lei que exclui o castigo corporal e tratamento degradante e cruel contra crianças e adolescentes (REICHENHEIM et al., 2011). Este retornou à discussão no plenário em 2014 e foi aprovado pelos parlamentares.

No setor saúde, também podemos destacar as políticas e programas voltadas à prevenção da violência. Como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por meio da Portaria nº 737 de 2001. No mesmo ano a Portaria nº 1968 dispõe sobre a notificação de casos suspeitos ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na rede assistencial do SUS. Em 2004, é aprovada a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, por meio da Portaria nº 936. No ano de 2006 duas importantes portarias foram lançadas a Portaria nº687 e a Portaria nº1356, que respectivamente criam a Política Nacional de Promoção da Saúde e o VIVA (MASCARENHAS et al., 2010).

A OMS define os tipos de prevenção contra a violência em três abordagens. A prevenção primária - que visa prevenir a violência antes que ela ocorra. A prevenção secundária - que focaliza sobre as respostas mais imediatas à violência, como atendimento pré-hospitalar, serviços ou tratamento de doenças sexualmente transmissíveis de emergência, depois de um estupro. A prevenção terciária - que evidencia os cuidados de longa duração, na sequência da violência, como reabilitação, reintegração e as tentativas para diminuir ou reduzir, a longo prazo, os traumas associada à violência. Estes três enfoques de prevenção são

definidos por seu aspecto temporal - se a prevenção é assumida antes que a violência ocorra, logo em seguida ou em longo prazo (WHO, 2002).

A prevenção também pode ser definida a partir do seu grupo de interesse, como: intervenções universais, que visam grupos ou população em geral, como exemplo, campanha de mídia em massa; intervenções selecionadas, que visam aqueles com um risco maior para a violência, como exemplo, educação para famílias de baixa renda, famílias monoparentais; intervenções indicadas, que visam àqueles que já demonstraram comportamento violento, como exemplo, o tratamento dos agressores da violência doméstica (WHO, 2002).

A principal medida de enfrentamento da violência segundo a OMS é a prevenção, mas para atuar neles é preciso conhecer os fatores de risco. O modelo ecológico da violência ilustra uma complexa interação dos fatores de risco entre diferentes níveis (Figura 1). O primeiro nível do modelo é o individual que se refere às variáveis biológicas, como idade e sexo. O relacionamento é considerado outro nível que parte da interação do indivíduo com membros da família e amigos. Fatores no nível da comunidade acontecem onde as relações sociais tomam o lugar, como escolas. Fatores sociais envolvem as condições subjacentes da sociedade, como a desigualdade econômica e ausência de redes de seguranças sociais. Portanto, as estratégias de prevenção devem estar baseadas na compreensão dos fatores de risco, bem como incluir mecanismos para avaliar os resultados (WHO, 2006).

**Figura 1. Modelo ecológico descrevendo os fatores de risco da violência em criança e adolescente**



Fonte: World Health Organization (tradução feita pela autora).

O guia da OMS sugere a criação de uma agenda nacional de prevenção à violência contra crianças e adolescentes. Este reuniria as contribuições dos diversos setores envolvidos e que trabalham no campo, atribuindo responsabilidades a cada um tendo a prevenção como



principal objetivo. A OMS aposta em programas de prevenção, principalmente na prevenção primária que diminua a incidência dos casos (WHO, 2006).

A necessidade de combater a violência deve estar presentes nos diferentes estágios de desenvolvimento humano e em diferentes contextos sociais. Baseado no modelo ecológico, a OMS descreve as estratégias de prevenção por estágio de desenvolvimento (crianças, adolescentes e adultos) e nível de intervenção (individual, relacionamento, comunidade e social). (WHO, 2006).

### 2.3 O Sistema de Vigilância para Acidentes e Violência

O Sistema de Vigilância de Violência e Acidente (VIVA) foi criado pelo ministério da saúde, em 2006, por meio da Portaria nº 1356, de 23 de junho de 2006 e Portaria nº 1384, de 12 de junho de 2007. O sistema se divide em dois componentes: sentinela, realizado por inquéritos anuais em serviços de emergência e urgência; e contínuo, que implica na notificação de todos os casos pré-hospitalar e ambulatorial. Esse último representa um tipo de vigilância passiva, onde cada nível de saúde envia informação de forma rotineira e periódica sobre violência ao nível imediatamente superior (OPAS, 2010).

Devido à sua importância em tornar visível a violência, um problema crescente de saúde pública, o VIVA foi incorporado ao Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em 2009, seguindo normas de coleta e envio de dados. Em 2011, a violência entrou na lista de notificação compulsória atualizada através da Portaria nº 104 do Ministério da Saúde.

Segundo instrutivo da notificação de violência doméstica, sexual e outras violência do MS em 2011, as violências são definidas segundo a natureza como:

**Violência física:** são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.

**Violência psicológica:** é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.

**Tortura:** é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental.

**Violência sexual:** é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.

**Tráfico de pessoas:** inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou a outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer prostituição, ou trabalho sem remuneração, escravo ou de servidão, ou para remoção e comercialização de órgãos, com emprego ou não de força física.

**Violência financeira/econômica:** é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais.

**Negligência/abandono:** é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima.

**Trabalho infantil:** é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto), inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência.

**Violência por intervenção legal:** trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no uso da sua função.

A ficha de notificação sobre violência doméstica, sexual e outras violências (Anexo 1) contém onze blocos, sendo: bloco I, dados gerais; bloco II, notificação individual; bloco III, dados de residência; bloco IV, dados da pessoa atendida; bloco V, dados da ocorrência; bloco VI, tipologia da violência; bloco VII, violência sexual; bloco VIII, consequências da violência; bloco IX, lesão; bloco X, dados do provável autor da agressão; bloco XI, evolução e encaminhamento. Dos 71 campos existentes na ficha, somente 13 são de preenchimento

obrigatório, são eles: sobre os dados gerais (data da notificação, UF, município de notificação, unidade de saúde, data da ocorrência da violência), o nome do paciente, idade, sexo, gestante, UF da residência, município de residência, classificação final e data de encerramento.

### **3 Objetivos**

#### **Objetivo Geral**

Descrever as características epidemiológicas das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, atendidas em serviços de saúde públicos no Distrito Federal no ano de 2011.

#### **Objetivos Específicos**

- Verificar a completude do preenchimento da ficha de notificação;
- Descrever as características das crianças e adolescentes vítimas de violência;
- Caracterizar os atendimentos às crianças e adolescentes vítimas de violência;
- Apresentar as características do provável autor da agressão contra crianças e adolescentes vítimas de violência;
- Descrever a evolução e encaminhamento dos casos de violência contra criança e adolescentes.

### **4 Métodos**

Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo tipo série de casos, utilizando os dados gerados da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, que é padronizada nacionalmente. Dessa forma, trabalhou-se com o banco secundário, cuja, fonte de dados utilizada foi o Sistema VIVA, restritamente o VIVA contínuo. As informações foram referentes aos casos ocorridos em 2011, no DF. O banco analisado foi cedido pela Secretaria de Estado de Saúde do DF. O recorte definido foi crianças 0 a 9 anos e adolescentes 10 a 19 anos, devido às especificidades existentes nessas faixas etárias no que se refere à violência.

Antes da análise dos dados verificou-se a completude dos campos da ficha. O parâmetro utilizado para avaliação da completude foi: excelente (maior que 90%), regular (entre 70% e 89%) e ruim (abaixo de 70%). (CERQUEIRA et al., 2008).

Na análise se abordaram os seguintes campos: dados gerais, dados da pessoa atendida, dados sobre a ocorrência, tipologia da violência, detalhamento sobre atendimento de violência sexual, consequências da violência, dados sobre as lesões, dados sobre prováveis autores da agressão, a evolução e encaminhamento dos casos. A análise dos dados foi feita através da apresentação dos números absolutos e relativos (proporções) segundo as características acima mencionadas.

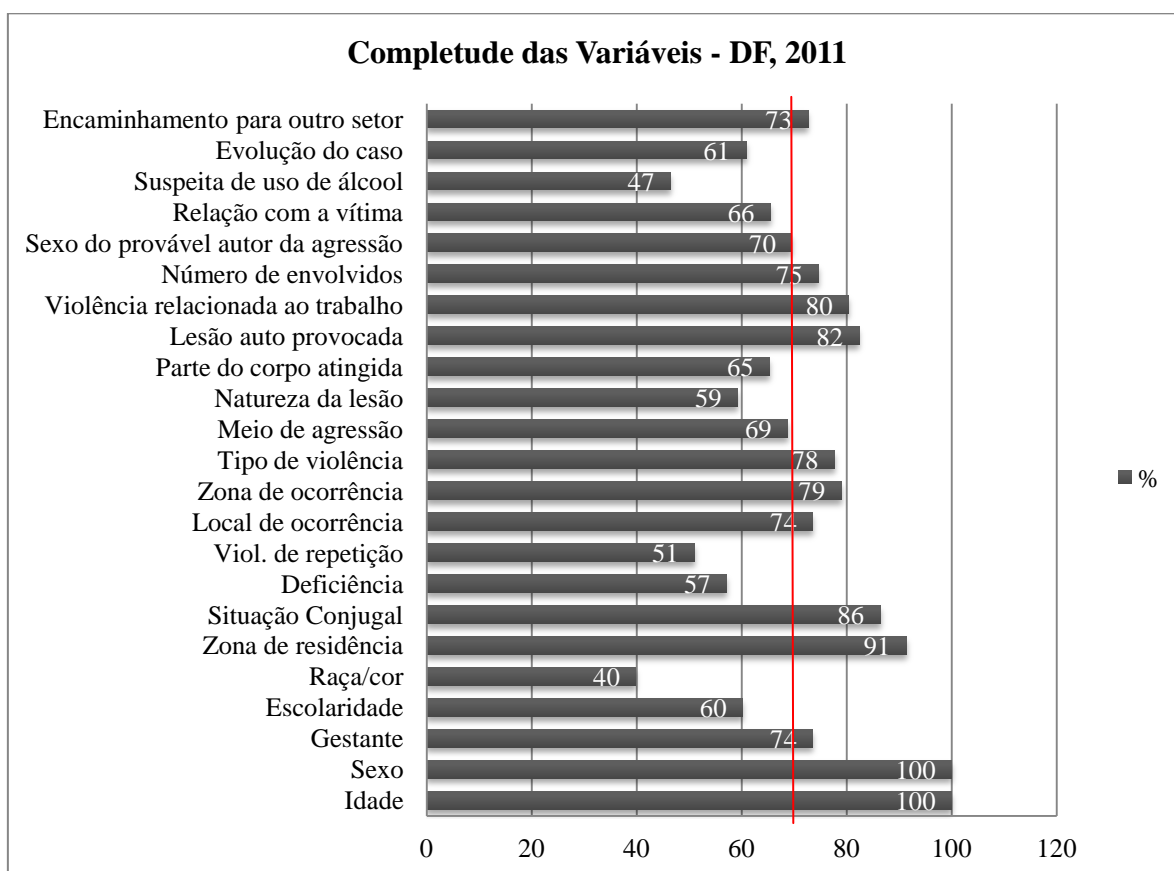
Os dados foram apresentados mantendo os registros em branco e ignorados, ou seja, sem informações, pretendendo indicar as falhas presentes no preenchimento. Toda a análise do banco foi feita utilizando as ferramentas TabWin versão 3.6 e Microsoft Excel 2010. Quanto aos aspectos éticos, foi preservada a confidencialidade das informações referentes aos dados pessoais das vítimas, como nomes, endereços ou qualquer outra fonte de identificação pessoal.

## **5 Resultados**

Os casos de violência doméstica contra criança e adolescente corresponderam a 53,2% (955) do total de casos notificados (1793) no DF no ano de 2011.

A completude das variáveis analisadas neste estudo encontra-se relacionada na Figura 2, o traço vermelho destaca as variáveis que estão abaixo (completude ruim) e acima (completude regular e excelente) de 70%. Para os campos de preenchimento obrigatório (idade, sexo e gestante) receberam completude excelente as variáveis de idade e sexo, gestante recebeu regular. Zona de residência recebeu completude excelente com 91,4%. A completude regular ficou com as variáveis situação conjugal, local de ocorrência, zona de ocorrência, tipo de violência, lesão auto provocada, violência relacionada ao trabalho, número de envolvidos e encaminhamento para outro setor. As variáveis raça/cor e suspeita de uso de álcool representaram o pior percentual de completude, atingindo nem 50% de informações sobre os casos.

**Figura 2** Completude das variáveis da ficha de notificação para os casos de violência em crianças e adolescentes, VIVA - DF, 2011



Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

### 5.1 Características da violência em crianças

No ano de 2011 foram registrados 438 notificações de violência contra crianças de zero a 9 anos, sendo 184 (42%) meninos e 254 (58%) meninas, correspondendo a 24,4 % do total de notificações.

No que se refere à raça/cor, os pardos representaram 22,4%, seguidos de brancos (16,4%) e de pretos (3%), entre aqueles onde esta informação foi preenchida. A maior proporção de informação sobre a escolaridade não se aplica às crianças (79,7%). Dezesesseis (16) crianças apresentaram alguma deficiência ou transtorno. A zona de residência predominante foi a urbana com 83,8% das crianças vítimas de violência (Tabela 1).

**Tabela 1** Caracterização das crianças vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências por sexo - DF, 2011

Características	Masculino (n=184)		Feminino (n=254)		Total (n=438)	
	n	%	N	%	n	%
<b>Raça/cor</b>						
Branca	24	13,0	48	18,9	72	16,4
Preta	8	4,3	5	2,0	13	3,0
Amarela	1	0,5	1	0,4	2	0,5
Parda	44	23,9	54	21,3	98	22,4
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem informação	107	58,2	146	57,5	253	57,8
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0 a 4	11	6,0	21	8,3	32	7,3
5 a 8	1	0,5	2	0,8	3	0,7
Não se aplica	151	82,1	198	78,0	349	79,7
Sem informação	21	11,4	33	13,0	54	12,3
<b>Deficiência/transtorno</b>						
Sim	6	3,3	10	3,9	16	3,7
Deficiência física*	1	16,7	4	40	5	31,3
Deficiência mental*	2	33,3	1	10,0	3	18,8
Deficiência visual*	0	0,0	1	10	1	6,3
Deficiência auditiva*	1	16,7	1	10,0	2	12,5
Transtorno comportamental*	3	50,0	2	20	5	31,3
Outra deficiência*	4	66,7	2	20,0	6	37,5
<b>Zona de residência</b>						
Rural	9	4,9	16	6,3	25	5,7
Periurbana	9	4,9	6	2,4	15	3,4
Urbana	152	82,6	215	84,6	367	83,8
Sem informação	14	7,6	17	6,7	31	7,1

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

\* Para os tipos de deficiência/transtorno, o denominador utilizado foi o total daqueles que afirmaram ter deficiência/transtorno (n=16)

Cerca de 21,2% das crianças eram vítimas de violência de repetição. A ocorrência da violência de repetição variou de 15,2% entre os meninos a 25,6% entre as meninas. Mais da metade dos atos de violência foram na residência (58,9%), seguida pela via pública (6,4%); os demais locais apresentaram baixíssimos percentuais. No que concerne à natureza da violência, foram mais comuns os atendimentos decorrentes de negligência/abandono (41,6%), de violência sexual (31,1%) e de violência física (29,9%). No sexo masculino, destacaram-se a negligência (48,4%) e a violência física (34,8%) como formas de violência mais frequentes. Entre as meninas, foram a violência sexual (41,7%) e a negligência (36,6%) que revelaram maior ocorrência (Tabela 2).

**Tabela 2** Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças, por sexo - DF, 2011

Características	Masculino (n=184)		Feminino (n=254)		Total (n=438)	
	N	%	N	%	n	%
<b>Violência de repetição</b>						
Sim	28	15,2	65	25,6	93	21,2
Não	49	26,6	42	16,5	91	20,8
Sem informação	107	58,2	147	57,9	254	58,0
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	105	57,1	153	60,2	258	58,9
Habitação Coletiva	1	0,5	0	0,0	1	0,2
Escola	10	5,4	3	1,2	13	3,0
Local de pratica esportiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bar ou Similar	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Via pública	11	6,0	17	6,7	28	6,4
Comércio/Serviços	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Indústrias/construção	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros	6	3,3	12	4,7	18	4,1
Sem informação	51	27,7	68	26,8	119	27,2
<b>Zona de ocorrência</b>						
Urbana	124	67,4	181	71,3	305	69,6
Rural	8	4,3	12	4,7	20	4,6
Periurbana	7	3,8	5	2,0	12	2,7
Sem informação	45	24,5	56	22,0	101	23,1
<b>Tipo de violência<sup>a</sup></b>						
Física	64	34,8	67	26,4	131	29,9
Psicológica/moral	28	15,2	63	24,8	91	20,8
Negligência/abandono	89	48,4	93	36,6	182	41,6
Sexual	30	16,3	106	41,7	136	31,1
Tráfico de seres humanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Financeira/econômica	3	1,6	9	3,5	12	2,7
Tortura	1	0,5	8	3,1	9	2,1
Trabalho infantil	1	0,5	2	0,8	3	0,7
Intervenção legal	1	0,5	3	1,2	4	0,9
Outros	9	4,9	13	5,1	22	5,0

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

O meio de agressão mais utilizado foi a força corporal/espaçamento (18,7%), seguida pela ameaça (8,2%) e pelos envenenamentos (6,8%). Com relação à natureza da lesão predominaram os atendimentos em que a vítima apresentava intoxicação (7,8%) e corte/perfuração/laceração (7,3%). Quanto à localização da lesão, as regiões do corpo mais atingidas foram órgãos genitais/ânus (13,9%) e cabeça/face (11%). 3,9% das crianças foram vítimas de violência relacionada ao trabalho (Tabela 3). Não houve registros de violência autoprovocada. Em 3,9% dos casos houve referencia a violência relacionada ao trabalho.

**Tabela 3** Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças, por sexo e segundo meio da agressão e características da lesão - DF, 2011

Características	Masculino (n=184)		Feminino (n=254)		Total (n=438)	
	N	%	n	%	n	%
<b>Meio de agressão<sup>a</sup></b>						
Objeto perfuro cortante	3	1,6	1	0,4	4	0,9
Arma de fogo	5	2,7	2	0,8	7	1,6
Objeto contundente	6	3,3	2	0,8	8	1,8
Força corporal espancamento	40	21,7	42	16,5	82	18,7
Enforcamento/sufocação	1	0,5	0	0,0	1	0,2
Queimaduras	8	4,3	5	2,0	13	3,0
Envenenamento	17	9,2	13	5,1	30	6,8
Ameaça	13	7,1	23	9,1	36	8,2
Outros	29	15,8	42	16,5	71	16,2
<b>Natureza da lesão corporal</b>						
Contusão	15	8,2	13	5,1	28	6,4
Corte/perfuração/laceração	18	9,8	14	5,5	32	7,3
Entorse/luxação	3	1,6	2	0,8	5	1,1
Fratura	8	4,3	3	1,2	11	2,5
Amputação	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Traumatismo crânio encefálico	5	2,7	7	2,8	12	2,7
Politraumatismo	1	0,5	4	1,6	5	1,1
Intoxicação	14	7,6	20	7,9	34	7,8
Queimadura	7	3,8	8	3,1	15	3,4
Outros	21	11,4	23	9,1	44	10,0
Não se aplica	31	16,8	34	13,4	65	14,8
Sem informação	61	33,2	125	49,2	186	42,5
<b>Parte do corpo atingida<sup>a</sup></b>						
Cabeça/face	27	14,7	21	8,3	48	11,0
Pescoço	1	0,5	1	0,4	2	0,5
Boca/dentes	1	0,5	1	0,4	2	0,5
Tórax/dorso	6	3,3	4	1,6	10	2,3
Abdome	2	1,1	1	0,4	3	0,7
Membros superiores	9	4,9	7	2,8	16	3,7
Membros inferiores	14	7,6	10	3,9	24	5,5
Órgãos genitais/ânus	13	7,1	48	18,9	61	13,9
Múltiplos órgão /regiões	14	7,6	9	3,5	23	5,3
Não se aplica	43	23,4	42	16,5	85	19,4
Sem informação	54	29,3	110	43,3	164	37,4

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

Com relação aos dados do provável autor da agressão, em 52,3% dos atendimentos, tratava-se de apenas um agressor; e 17,8% de dois ou mais, sendo 31,7% do sexo masculino, 25,3% do sexo feminino e 5,7% de ambos os sexos. A mãe foi a principal agressora (35,8%), seguido pelo pai (20,3%). A suspeita de ingestão de bebida alcoólica por parte do agressor foi verificada em 9,6% dos atendimentos, sendo que em mais da metade não se tem informação (Tabela 4).



**Tabela 4** Caracterização do provável autor da agressão a crianças vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo - DF, 2011

Características	Masculino		Feminino		Total	
	(n=184)		(n=254)		(n=438)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Número de envolvidos</b>						
Um	89	48,4	140	55,1	229	52,3
Dois ou mais	40	21,7	38	15,0	78	17,8
Sem informação	55	29,9	76	29,9	131	29,9
<b>Sexo do provável autor da agressão</b>						
Masculino	49	26,6	90	35,4	139	31,7
Feminino	51	27,7	60	23,6	111	25,3
Ambos os sexos	14	7,6	11	4,3	25	5,7
Sem informação	70	38,0	93	36,6	163	37,2
<b>Relação com a vítima<sup>a</sup></b>						
Pai	39	21,2	50	19,7	89	20,3
Mãe	73	39,7	84	33,1	157	35,8
Padrasto	6	3,3	11	4,3	17	3,9
Madrasta	1	0,5	1	0,4	2	0,5
Irmão	4	2,2	10	3,9	14	3,2
Cuidador	6	3,3	10	3,9	16	3,7
Patrão/chefe	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pessoa com relação institucional	1	0,5	3	1,2	4	0,9
Amigos/conhecidos	17	9,2	15	5,9	32	7,3
Desconhecidos	8	4,3	6	2,4	14	3,2
Policial/agente da lei	2	1,1	0	0,0	2	0,5
Outros	21	11,4	32	12,6	53	12,1
<b>Suspeita de uso de álcool</b>						
Sim	14	7,6	28	11,0	42	9,6
Não	71	38,6	68	26,8	139	31,7
Sem informação	99	53,8	158	62,2	257	58,7

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

A maioria dos casos evoluiu para alta (58%) e 3% evadiram. Sobre o encaminhamento para outros setores, observou-se que 69,6% das crianças vítimas foram encaminhadas para o Conselho Tutelar, seguidos de encaminhamentos para a Delegacia de Proteção da Criança e Adolescente (13,9%) (Tabela 5).

**Tabela 5** Evolução e encaminhamento das crianças vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo - DF, 2011

Características	Masculino		Feminino		Total	
	(n=184)		(n=254)		(n=438)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Evolução do caso</b>						
Alta	116	63,0	138	54,3	254	58,0
Evasão/fuga	8	4,3	5	2,0	13	3,0
Óbito por violência	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Óbito por outras causas	1	0,5	1	0,4	2	0,5
Sem informação	59	32,1	109	42,9	168	38,4
<b>Encaminhamento para outros setores<sup>a</sup></b>						
Conselho Tutelar	131	71,2	174	68,5	305	69,6
Vara da Infância e Juventude	7	3,8	24	9,4	31	7,1
Casa Abrigo	2	1,1	0	0,0	2	0,5
Programa Sentinela	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Delegacia Especializada da Mulher	0	0,0	4	1,6	4	0,9
Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente	16	8,7	45	17,7	61	13,9
Outras delegacias	7	3,8	14	5,5	21	4,8
Ministério Público	0	0,0	5	2,0	5	1,1
Centro de Referência da Mulher	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Creas/Cras	11	6,0	12	4,7	23	5,3
IML	10	5,4	40	15,7	50	11,4
Outros	31	16,8	32	12,6	63	14,4

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

## 5.2 Características da violência em adolescentes

As notificações em adolescentes representaram 28,8% do total dos casos suspeitos e/ou confirmados, correspondendo à 517 notificações de violência distribuídos em 30,4% no sexo masculino e 69,6% no sexo feminino. No que se refere à raça/cor, os pardos representaram 20,1%, seguido de brancos (12,8%). Evidenciou-se que 20,9% dos adolescentes atendidos estudaram entre 5 a 8 anos. Em relação à situação conjugal 63,2% das vítimas afirmaram ser solteiras e 4,1% casado ou com união consensual. As vítimas gestantes representaram 4,4%. A presença de alguma deficiência/transtorno foi referida em 23 vitimas, sendo a deficiência mental a de maior frequência (21,7%), seguida de transtorno comportamental (17,4%). A zona de residência predominante foi a urbana (83,4%) (Tabela 6).

**Tabela 6** Caracterização dos adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências por sexo - DF, 2011

Características	Masculino (n=157)		Feminino (n=360)		Total (n=517)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Raça/cor</b>						
Branca	5	3,2	61	16,9	66	12,8
Preta	5	3,2	18	5,0	23	4,4
Amarela	0	0,0	3	0,8	3	0,6
Parda	17	10,8	87	24,2	104	20,1
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem informação	130	82,8	191	53,1	321	62,1
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0 a 4	12	7,6	38	10,6	50	9,7
5 a 8	14	8,9	94	26,1	108	20,9
9 a 11	4	2,5	25	6,9	29	5,6
12 e mais	2	1,3	2	0,6	4	0,8
Não se aplica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem informação	125	79,6	201	55,8	326	63,1
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro (a)	102	65,0	225	62,5	327	63,2
Casado/união consensual	3	1,9	18	5,0	21	4,1
Viúvo (a)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Separado (a)	0	0,0	2	0,6	2	0,4
Não se aplica	13	8,3	31	8,6	44	8,5
Sem informação	39	24,8	84	23,3	123	23,8
<b>Gestante</b>						
Sim	0	0,0	23	6,4	23	4,4
Não	0	0,0	101	28,1	101	19,5
Não se aplica	157	100,0	74	20,6	231	44,7
Sem informação	0	0,0	162	45,0	162	31,3
<b>Deficiência/transtorno</b>						
Sim	5	3,2	18	5,0	23	4,4
Deficiência física*	2	40,0	0	0,0	2	8,7
Deficiência mental*	1	20,0	4	22,2	5	21,7
Deficiência visual*	0	0,0	1	5,6	1	4,3
Deficiência auditiva*	0	0,0	3	16,7	3	13,0
Transtorno mental*	0	0,0	2	11,1	2	8,7
Transtorno comportamental*	3	60	1	5,6	4	17,4
Outra deficiência*	3	60,0	3	16,7	6	26,1
<b>Zona de residência</b>						
Rural	7	4,5	15	4,2	22	4,3
Periurbana	3	1,9	10	2,8	13	2,5
Urbana	137	87,3	294	81,7	431	83,4
Sem informação	10	6,4	41	11,4	51	9,9

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

\* Para os tipos de deficiência/transtorno, o denominador utilizado foi o total daqueles que afirmaram ter deficiência/transtorno (n=23).

Aproximadamente 20,9% das vítimas informaram que já ocorreu outra vez a violência e 37,9% não. A proporção não variou muito entre os homens (21%) e as mulheres (20,8%). Os

atos violentos predominaram na residência (40,4%) e na via pública (19%), sendo a zona de ocorrência majoritariamente urbana com 74,5%. Com relação à natureza de violência, predominaram os atendimentos decorrentes de violência física (54,2%), de violência sexual (45,1%) e de violência psicológica (30,2%). No sexo masculino, destacaram-se a agressão física (79%) e a psicológica/moral (17,2%) como formas de violência mais frequentes. Entre as mulheres, a violência sexual (61,1%) ocupou o primeiro lugar, seguido da agressão física (43,3%). O meio de agressão mais utilizado foi a força corporal (38,7%), seguida pela ameaça (16,6%) e por arma de fogo (11,6%). Com relação à natureza da lesão, foram mais comuns os atendimentos em que a vítima apresentava corte/perfuração/laceração (17,8%) e contusão (7,4%). Em 15,3% dos atendimentos, não foi observado sinal evidente de lesão corporal. Quanto à localização da lesão, as regiões do corpo mais atingidas foram cabeça/face (14,7%), órgãos genitais/ânus (12,4%) e membros superiores (6,4%). A lesão autoprovocada foi notificada em 6,8% de todos os atendimentos, variando de 9,6% entre os homens e a 5,6% entre as mulheres (Tabela 7). Cerca de 3,5% das vítimas relataram a violência como relacionada ao trabalho e a violência autoprovocada foi notificada em 6,8% dos casos.

**Tabela 7** Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra adolescentes, por sexo - DF, 2011

Características	Masculino (n=157)		Feminino (n=360)		Total (n=517)	
	n	%	N	%	n	%
<b>Violência de repetição</b>						
Sim	33	21,0	75	20,8	108	20,9
Não	65	41,4	131	36,4	196	37,9
Sem informação	59	37,6	154	42,8	213	41,2
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	46	29,3	163	45,3	209	40,4
Habitação Coletiva	1	0,6	5	1,4	6	1,2
Escola	6	3,8	8	2,2	14	2,7
Local de prática esportiva	2	1,3	2	0,6	4	0,8
Bar ou Similar	3	1,9	3	0,8	6	1,2
Via pública	44	28,0	54	15,0	98	19,0
Comércio/Serviços	1	0,6	5	1,4	6	1,2
Indústrias/construção	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Outros	11	7,0	29	8,1	40	7,7
Sem informação	43	27,4	90	25,0	133	25,7
<b>Zona de ocorrência</b>						
Urbana	124	79,0	261	72,5	385	74,5
Rural	7	4,5	17	4,7	24	4,6
Periurbana	2	1,3	6	1,7	8	1,5
Sem informação	24	15,3	76	21,1	100	19,3

Observação: Continuação na seguinte página

**Tabela 7** Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra adolescentes, por sexo - DF, 2011 (Continuação)

Características	Masculino (n=157)		Feminino (n=360)		Total (n=517)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Tipo de violência<sup>a</sup></b>						
Física	124	79,0	156	43,3	280	54,2
Psicológica/moral	27	17,2	129	35,8	156	30,2
Negligência/abandono	16	10,2	33	9,2	49	9,5
Sexual	13	8,3	220	61,1	233	45,1
Tráfico de seres humanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Financeira/econômica	2	1,3	3	0,8	5	1,0
Tortura	4	2,5	26	7,2	30	5,8
Trabalho infantil	0	0,0	2	0,6	2	0,4
Intervenção legal	1	0,6	0	0,0	1	0,2
Outros	9	5,7	18	5,0	27	5,2
<b>Meio de agressão<sup>a</sup></b>						
Objeto perfuro cortante	18	11,5	34	9,4	52	10,1
Arma de fogo	34	21,7	26	7,2	60	11,6
Objeto contundente	12	7,6	9	2,5	21	4,1
Força corporal / espancamento	62	39,5	138	38,3	200	38,7
Enforcamento/sufocação	1	0,6	10	2,8	11	2,1
Queimaduras	1	0,6	4	1,1	5	1,0
Envenenamento	4	2,5	14	3,9	18	3,5
Ameaça	8	5,1	78	21,7	86	16,6
Outros	4	2,5	31	8,6	35	6,8
<b>Natureza da lesão corporal</b>						
Contusão	10	6,4	28	7,8	38	7,4
Corte/perfuração/laceração	56	35,7	36	10,0	92	17,8
Entorse/luxação	8	5,1	6	1,7	14	2,7
Fratura	7	4,5	1	0,3	8	1,5
Amputação	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Traumatismo crânio encefálico	10	6,4	6	1,7	16	3,1
Politraumatismo	5	3,2	1	0,3	6	1,2
Intoxicação	4	2,5	21	5,8	25	4,8
Queimadura	0	0,0	2	0,6	2	0,4
Outros	12	7,6	21	5,8	33	6,4
Não se aplica	16	10,2	63	17,5	79	15,3
Sem informação	29	18,5	174	48,3	203	39,3
<b>Parte do corpo atingida<sup>a</sup></b>						
Cabeça/face	44	28,0	32	8,9	76	14,7
Pescoço	2	1,3	7	1,9	9	1,7
Boca/dentes	1	0,6	1	0,3	2	0,4
Coluna/medula	3	1,9	1	0,3	4	0,8
Tórax/dorso	9	5,7	4	1,1	13	2,5
Abdome	4	2,5	4	1,1	8	1,5
Membros superiores	17	10,8	16	4,4	33	6,4
Membros inferiores	19	12,1	8	2,2	27	5,2
Órgãos genitais/ânus	2	1,3	62	17,2	64	12,4
Múltiplos órgão /regiões	8	5,1	15	4,2	23	4,4
Não se aplica	16	10,2	76	21,1	92	17,8
Sem informação	32	20,4	134	37,2	166	32,1

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

Sobre os dados do provável autor da agressão, na maior parte dos atendimentos, tratava-se de apenas um agressor (62,3%), do sexo masculino (66,2%) e no âmbito domiciliar (26,7%), ou seja, pelo pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, filho, irmão ou cuidador. Entre as vítimas do sexo masculino, o principal autor da agressão era outro homem (58%) que mantinha uma relação de proximidade com a vítima, geralmente um amigo/conhecido (21,7%) ou do âmbito domiciliar (21%). Nos casos envolvendo vítimas do sexo feminino, o principal autor da agressão era um homem (70%) que frequentemente era um agressor do âmbito domiciliar (29,1%). Referência a suspeita de ingestão de bebida alcoólica por parte do agressor foi descrita em 17,6% dos atendimentos (49,1% não responderam). (Tabela 8).

**Tabela 8** Caracterização do provável autor da agressão a adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo - DF, 2011

Características	Masculino (n=157)		Feminino (n=360)		Total (n=517)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Número de envolvidos</b>						
Um	88	56,1	234	65,0	322	62,3
Dois ou mais	23	14,6	61	16,9	84	16,2
Sem informação	46	29,3	65	18,1	111	21,5
<b>Sexo do provável autor da agressão</b>						
Masculino	91	58,0	251	69,7	342	66,2
Feminino	7	4,5	30	8,3	37	7,2
Ambos os sexos	4	2,5	7	1,9	11	2,1
Sem informação	55	35,0	72	20,0	127	24,6
<b>Relação com a vítima<sup>a</sup></b>						
Pai	12	7,6	31	8,6	43	8,3
Mãe	14	8,9	24	6,7	38	7,4
Padrasto	1	0,6	25	6,9	26	5,0
Madrasta	0	0,0	4	1,1	4	0,8
Cônjuge	1	0,6	5	1,4	6	1,2
Ex-cônjuge	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Namorado (a)	0	0,0	18	5,0	18	3,5
Ex-namorado (a)	0	0,0	5	1,4	5	1,0
Filho	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Irmão	5	3,2	14	3,9	19	3,7
Cuidador	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Patrão/chefe	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Pessoa com relação institucional	2	1,3	4	1,1	6	1,2
Amigos/conhecidos	34	21,7	58	16,1	92	17,8
Desconhecidos	22	14,0	84	23,3	106	20,5
Policial/agente da lei	5	3,2	1	0,3	6	1,2
Própria pessoa	7	4,5	14	3,9	21	4,1
Outros	22	14,0	36	10,0	58	11,2
<b>Suspeita de uso de álcool</b>						
Sim	22	14,0	69	19,2	91	17,6
Não	59	37,6	113	31,4	172	33,3
Sem informação	76,0	48,4	178	49,4	254	49,1

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

Em relação à evolução dos casos, 59,2% das vítimas receberam alta. Quanto aos encaminhamentos para outros setores, evidenciou-se que no sexo masculino, 54,1% das vítimas foram encaminhadas para o conselho tutelar da criança e do adolescente, seguidos de encaminhamentos para outras delegacias (29,3%). No caso do sexo feminino, o destino mais frequente também foi o conselho tutelar da criança e adolescente (56,7%), seguido do IML com 21,1% (Tabela 9).

**Tabela 9** Evolução e encaminhamento dos adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo - DF, 2011

Características	Masculino (n=157)		Feminino (n=360)		Total (n=517)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Evolução do caso</b>						
Alta	90	57,3	216	60,0	306	59,2
Evasão/fuga	2	1,3	2	0,6	4	0,8
Óbito por violência	1	0,6	1	0,3	2	0,4
Óbito por outras causas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem informação	64	40,8	141	39,2	205	39,7
<b>Encaminhamento para outros setores<sup>a</sup></b>						
Conselho Tutelar	85	54,1	204	56,7	289	55,9
Vara da Infância e Juventude	7	4,5	34	9,4	41	7,9
Casa Abrigo	2	1,3	2	0,6	4	0,8
Programa Sentinela	1	0,6	11	3,1	12	2,3
Delegacia Especializada da Mulher	1	0,6	27	7,5	28	5,4
Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente	9	5,7	44	12,2	53	10,3
Outras delegacias	46	29,3	57	15,8	103	19,9
Ministério Público	2	1,3	5	1,4	7	1,4
Centro de Referência da Mulher	0	0,0	14	3,9	14	2,7
Creas/Cras	11	7,0	38	10,6	49	9,5
IML	3	1,9	76	21,1	79	15,3
Outros	19	12,1	51	14,2	70	13,5

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

## 6 Discussão

O perfil dos atendimentos às crianças e adolescentes vítimas de violência no DF é semelhante ao perfil dos atendimentos no Brasil (BRASIL, 2013). A diferença encontrada diz respeito à raça/cor predominante das crianças e adolescentes vítimas de violência, no DF é parda e no Brasil é branca. Em relação às crianças, outras singularidades foram evidenciadas como: na deficiência física como o principal transtorno no DF e deficiência mental no Brasil;

e, a intoxicação como a natureza da lesão mais comum no DF e corte/perfuração/laceração no Brasil. Sobre os adolescentes, a natureza da violência mais prevalente no sexo feminino é a violência sexual, diferentemente do Brasil que é a violência física.

A violência de gênero pode ser facilmente identificada quando analisamos que as vítimas do sexo feminino representaram 64,3% (614) de todos os casos notificados em crianças e adolescentes (955). As características da violência de gênero são descritas, segundo Lucena et al. (2012), pelo emprego da força física (dimensão biológica) e a submissão e opressão (dimensões psicológicas e sociais). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher aponta a vulnerabilidade feminina à violência sendo relacionada mais com as questões de gênero - como a sua situação de discriminação na sociedade - do que com fatores biológicos (LUCENA et al., 2012).

A violência física, sexual, negligência e psicológica são predominantes no contexto das violências contra crianças e adolescentes. Porém, quando analisadas por faixa etária, a negligência e a violência física são os tipos mais comuns da violência em crianças, ocasionados, na maioria das vezes pela mãe. Segundo Assis et al. (2012, p. 2315), a violência contra a criança se deve: “pela irritação dos cuidadores com o choro da criança ou com algum ato realizado por ela e que ainda não tem domínio. Sendo o ambiente doméstico o espaço privilegiado de ocorrência da violência, tendo a mãe como principal agressora”. A violência física também se destaca, provavelmente por serem mais graves e exigirem atendimento de saúde. As crianças são consideradas propriedades dos pais e o castigo físico é tido como recurso pedagógico (APOSTÓLICO et al., 2012). E conforme o aumento da idade há uma tendência de crescimento da violência física (MASCARENHAS et al., 2010).

Para que a vigilância seja eficiente, é necessário, que as informações sejam de boa qualidade. A avaliação do atributo qualidade dos dados pode ser feito através da análise do percentual de “ignorados” ou respostas “em branco” para os itens na ficha (CDC, 2001). O termo completude designa o grau de preenchimento dos campos e permite avaliar esse atributo do sistema. As variáveis se concentraram entre completude regular e ruim, ou seja, apresentam alto percentuais de ignorados ou em brancos. Os campos de preenchimento obrigatório são poucos e, no caso da variável gestante, não é preenchido por todos.

Entre os entraves no ato de notificar Assis aponta os seguintes fatores que influenciam: alguns profissionais desconhecem a notificação, o fluxo de notificação, os encaminhamentos e



instrumentos necessários utilizados para este procedimento; a extensão da ficha de notificação, sendo mais um instrumento para preenchimento que demanda tempo; falta de capacitação técnica e emocional dos profissionais para identificar a violência; o sentimento de medo de represália por parte da família, agressor e/ou comunidade em abordar o tema; falta de uma rede de proteção consolidada que apoie e subsidie o profissional; o isolamento do profissional de saúde, que não sabe como proceder, para onde recorrer e como intervir em um problema tão complexo (ASSIS et al., 2012). Além desses entraves o sistema é complexo, a ficha tem um grande número de itens, com poucos campos obrigatórios. Não representa um sistema simples, pela sua estrutura e operacionalização, e nem flexível, pois para realizar qualquer mudança no sistema para uma adaptação as novas necessidades de informação ou de condições operacionais demandam muito tempo, pessoal e recursos. A simplicidade e flexibilidade do sistema são atributos considerados essenciais para o bom desempenho de um sistema de vigilância (CDC, 2001).

Geralmente, os profissionais que realizam o atendimento às crianças não são os que notificam o caso. Assim que há a suspeita de um caso de violência o profissional de assistência social, do núcleo de vigilância epidemiológica ou de um núcleo próprio do hospital responsável pela prevenção à violência, são chamados para acompanhar e notificar o caso. Silva e Ferriani (2007) realizaram um estudo na regional de saúde em Guarulhos – SP com os profissionais de saúde e verificou que quem mais notificou foi o assistente social (46%), seguido pelos psicólogos (12%) e enfermeiros (3%), demais percentuais não apresentaram a categoria profissional notificante. Essa lacuna entre o atendimento e a notificação pode abrir falhas como subnotificação e má qualidade dos dados. E o papel do médico em realizar as notificações fica confuso e transferido a terceiros.

A notificação de caso suspeito de violência domestica depende do conhecimento dos profissionais da saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação, e de adesão à notificação. Depende da percepção dos profissionais sobre a relevância dessa temática em identificar e investigar os casos. “Existe o despreparo dos profissionais para lidar com essa questão e o medo de serem perseguidos pelos familiares das vítimas notificadas” (SILVA; FERRIANI, 2007, p. 5). O despreparo do profissional interfere na aceitabilidade do sistema de vigilância, seguindo a definição desse atributo, como definido nas diretrizes de Avaliação de Sistemas de Vigilância, como a vontade das pessoas e organizações a participar do sistema de vigilância (CDC, 2001).

Após a suspeita ou identificação de um caso de violência, o apoio deverá ser contínuo e interdisciplinar. No caso das crianças vítimas de violência doméstica, o acompanhamento ainda é mais complicado, visto que a maioria dos agressores é pai ou mãe e elas são dependentes dos responsáveis. A estratégia para estes casos é entrar em contato com membros não agressores, de preferência com a indicação da criança (BRASIL, 2009).

Existem crianças e adolescentes sofrendo violência relacionada ao trabalho. O número é significativo e semelhante nos dois estratos de idades, 3,9% das crianças e 3,5% dos adolescentes. A evidência aponta para a existência do trabalho infantil, porém, quando comparamos esses números com a variável que descreve o tipo de violência “trabalho infantil” as porcentagens caem para 0,7% das crianças e 0,4% dos adolescentes. Notam-se falhas, que afetam a estabilidade do sistema. Referindo estabilidade à confiabilidade, ou seja, a capacidade de coletar, gerenciar e fornecer dados corretamente sem falha (CDC, 2001).

A evolução do caso é um campo da ficha de notificação que desperta atenção, pois a alta que se trata no contexto dos agravos à saúde não é o melhor termo para designar a assistência à vítima de violência. Segundo o instrutivo VIVA, “refere-se à alta do atendimento relacionado ao evento que gerou a notificação. Determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada à pessoa atendida/vítima” (BRASIL, 2011, p.57). Não impede que encaminhamentos sejam realizados, contrariamente, o encaminhamento para o Conselho Tutelar é obrigatório e somente cerca de 60% dos casos foram encaminhados no DF. O Conselho Tutelar é um grande agente de medidas de proteção às crianças e adolescentes, acompanhando de perto cada caso das vítimas indefesas. Talvez não exista a “cura” para as vítimas de violência, pois muitas consequências são irreversíveis, principalmente em crianças e adolescentes que carregam as sequelas na saúde física e mental pela vida inteira.

Outras limitações presentes na vigilância de violência são consideradas na representatividade. A representatividade das informações geradas pelo VIVA é boa para os serviços públicos de saúde. Todos os estabelecimentos notificantes ficaram distribuídos pelas regionais do DF, sendo que nenhum correspondeu a um setor privado. Este fato aponta o desafio de estimar a frequência de ocorrência da violência e da extensão do problema que é subestimado. A representatividade de um sistema de vigilância descreve com precisão a ocorrência de um evento relacionado à saúde ao longo do tempo e sua distribuição na população por lugar e pessoa (CDC, 2001). Se o agravo “violência doméstica, sexual e/ou

outras violência” é de notificação compulsória em todo território nacional, todos os profissionais de saúde, independente se trabalha em um ambiente público ou privado, têm a responsabilidade e o dever de notificar o caso. A solução poderia estar presente na criação de penalidades para o profissional que não notifica, ou investir em estratégias que insiram o setor privado e os médicos no sistema de vigilância.

Adiante, algumas inconsistências no banco são encontradas, na lesão auto provocada são notificados 35 casos, obrigatoriamente, no campo designado ao vínculo com o autor da agressão o número deveria ser igual quando referido a própria pessoa, entretanto, são contabilizados 21 casos notificados. Outro achado é no encaminhamento para outros setores, onde uma vítima do sexo masculino é encaminhado à delegacia especializada da mulher. A qualidade e estabilidade dos dados são atributos imprescindíveis de qualquer informação. A qualidade dos dados reflete a abrangência e validade dos dados registrados no sistema. Por isso é necessário uma análise e monitoramento dos dados no nível local até o nível central para que não haja inconsistências e duplicidades.

Entre as políticas públicas de enfrentamento na redução da morbimortalidade por violência ressaltam-se as de orientação e melhoria da qualidade das notificações e à implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência nos estados e municípios (SILVA; FERRIANI, 2007). No DF, esses núcleos já existem, são os conhecidos “Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violências – PAV” representa uma proposta de articulação interdisciplinar e interestor, o que é essencial no acompanhamento e prevenção das vítimas que precisa de uma assistência que ultrapassa o escopo das ações de saúde. A equipe que atua no PAV geralmente é formada por psicólogo, assistente social, enfermeiro, médico ginecologista, médico psiquiatra, técnico de enfermagem e técnico administrativo. Eles oferecem acompanhamento psicossocial com a finalidade de resgatar o projeto de vida ou mesmo elaborar esboço de propostas para o futuro. A busca de sonhos e desejos para realização pessoal representa outra questão bastante trabalhada no PAV (BRASIL, 2009).

O PAV capacita o profissional de saúde para detectar, acolher, notificar e encaminhar os casos de violência, dissemina informações nas escolas, comunidades ou qualquer local que for convidado para informar sobre a prevenção e a importância de procurar ajuda nos casos relacionados à violência, acompanha as vítimas por um bom tempo, realiza atendimento em grupo, terapia familiar, entre outros. O atendimento em grupo é uma excelente estratégia para

desenvolver habilidades e favorecer a expressão de sentimentos, a socialização de informações, a formação de redes afetivas e superar a situação de violência (BRASIL, 2009).

Os esforços realizados no Brasil para combater a violência destacam-se na implementação dos conceitos e diretrizes da promoção da saúde, que vai além do conceito de prevenção. Portanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) representou um grande avanço no investimento em estratégias de gestão integrada e intersetorial de políticas públicas, que tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (MALTA; CASTRO, 2009).

A estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz, constituída por Núcleos de Prevenção à Violência em Estados, Municípios e nos serviços de saúde (Portaria nº 936 de 2004) consolidou uma ponte de atuação entre a promoção da saúde e a prevenção da violência. O histórico de atuação da promoção da saúde mostrou um forte incentivo e apoio ao programa de redução da morbimortalidade por acidentes e violência (MALTA; CASTRO, 2009).

O VIVA é um dos maiores exemplos para representar os avanços que o Brasil tem conquistado na promoção da saúde e prevenção da violência. Muito das estratégias implementadas no nosso país partem do nível social (camada externa do modelo ecológico). Demonstra a preocupação em mudanças no âmbito macro, ou seja, nos determinantes sociais que influenciam a qualidade de vida dos cidadãos. “Assim, as palavras de ordem são atenção, promoção de saúde e construção da paz, como estratégias centrais de prevenção da violência” (MELO, 2010, p.2).

## **7 Considerações Finais**

Qualquer forma de violência contra criança e adolescente merece atenção e ser tratada pelos profissionais de saúde. Existe uma maior sensibilização dos profissionais na atenção aos casos envolvendo a violência sexual, pela gravidade destes casos, que exigem a busca de atendimento pelo serviço de saúde (ASSIS et al., 2012). Por isso algumas vezes as demais violências são banalizadas caindo na invisibilidade.

A violência contra as crianças e adolescente por serem mais indefesos e dependentes na família são as principais vítimas, tanto na extensão como na gravidade dos danos e suas consequências (MASCARENHAS et al., 2010). A prevenção deve ser um objetivo coletivo e para isso tem que ter uma mudança cultural pra valorizar a criança e seus direitos e diminuir o poder dos pais sobre ela.

A qualidade das informações das notificações é muito relevante na identificação dos pontos prioritários a serem tratados pela política pública de saúde. Os campos com maiores percentuais sem informação foram “raça/cor”, “escolaridade”, “violência de repetição” e “suspeita de uso de álcool”. “A falta de informação prejudica o conhecimento detalhado do problema, interferindo nas ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde” (ASSIS et al., 2012, p.2315).

Não só a qualidade dos dados, mas também outros atributos despertaram atenção ao longo da análise dos dados. Para a vigilância ser eficiente, o sistema deve estar de acordo com os atributos de um sistema de vigilância. Os atributos como simplicidade, flexibilidade, aceitação, qualidade dos dados, representatividade e estabilidade demonstraram falhas.

Seguindo as medidas de prevenção em cada nível do modelo ecológico descrito pela OMS são recomendadas: a) no nível social e comunitário: as estratégias amplas, de acordo com a realidade do país como a implementação de leis para reforçar os direitos humanos das crianças na legislação nacional, criar políticas sociais e econômicas benéficas, Portarias que reforçam a responsabilidade do profissional de saúde em notificar, entre outros; b) para o nível de relacionamento: a prevenção pode ser feita a partir de programas de visita domiciliar, como por exemplo, o programa de agentes comunitários da atenção básica que permite este contato direto com as famílias, facilitando a implementação deste tipo de intervenção; c) no nível individual: podem ser aplicadas medidas que reduzem os casos de gravidez indesejada, aumentar o acesso aos serviços de pré-natal e pós-natal e ensinar as crianças a reconhecer e evitar situações potencialmente abusivas (WHO, 2006).

O VIVA é um sistema novo em processo de consolidação, que trabalha com um problema de saúde pública complexo e crescente. Representa um grande avanço ter informações sobre as características da violência, do agressor, dos encaminhamentos, entre outros. Ele permite o desenvolvimento de ações de vigilância, de prevenção de violências, de promoção da saúde, da cultura da paz e de proteção às pessoas em situação de violência.

Mesmo que fracionada, mostra a situação da violência na população brasileira, sendo uma ferramenta essencial na construção de estratégias que garantem a não violação de direitos humanos (BRASIL, 2013).

## 8 Referências

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em <

[http://unicrio.org.br/img/DeclU\\_D\\_HumanosVersoInternet.pdf](http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf) >. Acesso em 11 jun. 2014.

ASSIS, S. G. **Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro**. *Cad. Saúde Pública*. Vol.10, suppl.1, pp. S126-S134, 1994. Disponível em <  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a08.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

ASSIS, S. G. et al. **Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências contra criança no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, pp. 2305-2317, 2012. Disponível em <  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

APOSTÓLICO, M. R. et al. **Características da violência contra a criança em uma capital brasileira**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, mar.-abril, v. 20, n. 2, 2012. Disponível em <  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08.pdf) >. Acesso em 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html) >. Acesso em 13 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.356 de 23 de junho de 2006**. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Disponível em <  
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1356.htm> >. Acesso em 13 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. Disponível em <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968\\_25\\_10\\_2001\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html) >. Acesso em 13 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em <  
[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687\\_30\\_03\\_06.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf) >. Acesso em 13 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936/GM em 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-936.htm> >. Acesso em 13 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição Brasileira de 1988**.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm) >. Acesso em: 11 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências VIVA instrutivo**. Brasília-DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS Nº5: Prevenção de violências e cultura de paz**. Brasília – DF, Nov 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes VIVA 2008 e 2009**. Brasília-DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes VIVA 2009, 2010 e 2011**. Brasília-DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de estado de saúde do distrito federal (SES-DF). **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede pública do DF**. Brasília, pp. 9-23, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Up dated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems**. Recommendations from the Guidelines Working Group. Morbidity and Mortality Weekly Report. Atlanta, July, v. 50, n. RR-13, 2001.

CERQUEIRA, A. C. B. et al. **Completo do sistema de informação de agravos de notificação compulsória de gestante HIV positivo entre 2001 e 2006, no Espírito Santo, Brasil**. UFES Rev. Odont. Vol. 10, n.1, pp. 33-37, 2008. Disponível em < <http://www.publicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/488/352> >. Acesso em 11 jun. 2014.

COSTA, M. C. O. et al. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência**. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.12, n.5, pp. 1129-1141, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n5/04.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. **Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v. 58, n. 6. Pp. 659-665, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a09.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

LUCENA, K. D. T. et al. **Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, jun. Vol. 28, n. 6, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/10.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.



MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. **Avanços e resultados na implementação da política nacional de promoção da saúde.** B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, maio/ago, v. 35, n.2, 2009. Disponível em < <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-06.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. **Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, fev, v. 26, n. 2, pp. 347-357, 2010. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n2/13.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

MELO, E. M. **Promoção da saúde e prevenção da violência.** *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 20, n. 2, pp. 141-272, 2010.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. **Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul-ago, v. 21, n. 4, pp. 1124-1133, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/14.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Prevención de la violencia: la evidencia.** Pp. 9-44, 2013. Disponível em < [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf) >. Acesso em 11 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Módulo de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades (MOPECE).** Módulo 4: Vigilância em Saúde Pública. Brasília, pp. 22-25, 2010.

REICHENHEIM, M. E. et al. **Violências e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros.** *Saúde no Brasil n 5.* Mai, pp. 75-89, 2011. Disponível em < <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

RICAS, J.; DONOSO, M. T. V.; GRESTA, M. L. M. **A violência na infância como uma questão cultural.** *Texto contexto - enferm.* Vol.15, n.1, pp. 151-154, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a19v15n1.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

SALIBA, O. et al. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** *Rev. Saúde Pública.* Vol.41, n.3, pp. 472-477, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf> >. Acesso em 11 jun. 2014.

SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. C. **Violência doméstica: do visível ao invisível.** *Rev. Latino-am. Enfermagem*, março-abril, v. 15, n.2, 2007. Disponível em < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf) >. Acesso em 11 jun. 2014.

VENDRUSCOLO, T. S.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. **As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica.** *Rev. Latino-am Enfermagem*, setembro-outubro, v. 15, 2007. Número especial. Disponível em < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_15.pdf) >. Acesso em 11 jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT. **Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. 2006. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em 11 jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva, 2002. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em 11 jun. 2014.

## ANEXO 1 - Ficha de notificação violência doméstica, sexual e/ou outras violências

República Federativa do Brasil  
Ministério da SaúdeSINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	
	Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência			
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares						
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação					
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
Dados da Ocorrência	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado Física Visual Transtorno mental Mental Auditiva Transtorno de comportamento Outras deficiências/ Síndromes			
	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)		38 Distrito	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3	
	44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado			
49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências SINAN NET SVS 10/07/2008						

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			<input type="checkbox"/> Força corporal/espandimento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros		
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Queimadura <input type="checkbox"/>		
	01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação			11 - Outros <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)			61 Sexo do provável autor da agressão		
	01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado			<input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/>		
	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			63 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
Evolução e encaminhamento	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
Evolução e encaminhamento	68 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo			69 Evolução do caso 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
	70 Se óbito por violência, data			71 Data de encerramento		
<b>Informações complementares e observações</b> Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____						
<b>Disque-Saúde 0800 61 1997</b> <b>TELEFONES ÚTEIS</b> <b>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100</b> <b>180</b>						
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome			Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008						